

*IV Международная (74 Всероссийская) научно-практическая конференция  
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html> (дата обращения 18.02.2019)

2. Дедов И.И. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» / И.И.Дедов, В.И. Краснопольский, Г.Т. Сухих // Сахарный диабет, 2012, № 4. С. 4–10.

3. Доброхотова Ю.П. Питание во время беременности / Ю.Э. Доброхотова, Е.И. Боровкова // РМЖ. Мать и дитя №15 от 31.08.2017. С. 1102–1106 – Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Pitanie\\_vo\\_vremya\\_beremennosti/](https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Pitanie_vo_vremya_beremennosti/) (дата обращения 16.02.2019)

4. Медицинские диеты: Лечебные столы 1-15 [Электронный ресурс]: // Справочник МЗ РФ: Клиническая иммунология. – Режим доступа: <http://immunologia.ru/med-diet.html> (дата обращения 16.02.2019)

5. Питание женщин до зачатия, в период беременности и грудного вскармливания [Электронный ресурс]: // Материалы 65-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, п. 13.3 ВОЗ. Женева, 16 марта 2012 г. – Режим доступа: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87674/A65\\_12-ru.pdf?sequence=1&isAllowe=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87674/A65_12-ru.pdf?sequence=1&isAllowe=y) (дата обращения 16.02.2019)

6. Правила здорового сна // Сайт Министерства здравоохранения Краснодарского края: статья от 09.03.2017. – Режим доступа: [http://www.minzdravkk.ru/pages/prensa/detail.php?ELEMENT\\_ID=23921&cver=n](http://www.minzdravkk.ru/pages/prensa/detail.php?ELEMENT_ID=23921&cver=n) (дата обращения 16.02.2019)

7. Письмо МЗ РФ «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение: клинические рекомендации» от 17 декабря 2013 г. № 15-4/10/2-9478 [Электронный ресурс] / Официальный сайт компании «КонсультантПлюс». – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_143102/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143102/) (дата обращения 16.02.2019)

УДК 618.1

**Зайнуллина К.И., Кряжова Д.С., Киселева М.К.  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ  
ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ  
МИОМЫ МАТКИ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Zaynullina K.I., Kryazhova D.S., Kiseleva M.K.  
COMPARATIVE ASSESSMENT OF DIFFERENT TYPES OF  
SURGICAL ACCESSES AT OPERATIONAL TREATMENT OF UTERINE  
MYOMA**

Department of obstetrics and gynecology

Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: micaso4ka55@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены влияние миомы матки на качество жизни пациента и течение интраоперационного и послеоперационного периода в зависимости от вида хирургического доступа при радикальном лечении миомы матки.

**Annotation.** The article explores influence of a hysteromyoma on quality of life of the patient and a current of the intraoperative and postoperative period depending on a type of surgical access at radical treatment of a hysteromyoma.

**Ключевые слова:** Миома, доступ, гистерэктомия, гинекология.

**Keywords:** Myoma, accesses, hysterectomy, gynecology.

### **Введение**

Миома матки является наиболее распространенной доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы. Среди всех гинекологических заболеваний она занимает 2 место после воспалительных процессов матки, ее частота варьируется от 20 до 50%. Миому матки диагностируют у 30—35% женщин репродуктивного возраста, чаще в позднем репродуктивном возрасте, а у 1/3 пациенток она становится симптомной. [1]

У большинства женщин с миомой матки отмечается значительное снижение качества жизни, несмотря на доброкачественное течение заболевания. [1] У 50-60% больных миома матки протекает бессимптомно. [2] У остальных данное заболевание может проявляться хроническим болевым синдромом, нарушением менструального цикла, возникновением ОМК и АМК, анемиями, нарушением функций органов малого таза, нередко миома становится причиной бесплодия.

Хирургическое лечение миомы матки является одной из ведущих проблем, требующей объединения усилий врачей разных специальностей: гинекологов, хирургов, эндокринологов и других. Единственным радикальным способом хирургического лечения, приводящим к полному излечению, является тотальная гистерэктомия, которая обеспечивает профилактику возникновения различных заболеваний шейки матки. [1] Частота гистерэктомии колеблется по данным различных авторов от 8,5 до 38% среди хирургических вмешательств, выполняемых в гинекологии. [3] На сегодняшний день проведение гистерэктомии осуществляется через влагалищный, лапаротомный и лапароскопический доступы. Выбор оперативного доступа зависит как от размера и локализации миоматозных узлов, так и от предпочтений, опыта и квалификации хирурга, технического оснащения больницы. [4]

**Цель исследования** – изучение влияния миомы матки на качество жизни пациента и сравнительная оценка течения операции и послеоперационного периода при радикальном хирургическом лечении миомы матки в зависимости от вида оперативного доступа.

#### **Материалы и методы исследования**

Проанализировали 90 историй болезни пациенток. Исследование проводилось на базе кафедры «Акушерства и гинекологии» в первом гинекологическом отделении МАУ ГKB №40 с сентября 2018 года по февраль 2019 года.

Критерии включения: сплошная выборка женщин, поступивших для проведения гистерэктомии по поводу миомы матки в сроке с января 2018г по февраль 2019г.

Все пациенты разделены на 3 группы в зависимости от вида оперативного доступа (влагалищный, лапароскопический, лапаротомный).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью Microsoft office excel 2016.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование вошло 90 женщин, которым было проведено радикальное лечение миомы матки. Средней возраст женщин нашей выборки 52 года. Минимальный возраст 40 лет, максимальный возраст 73 года. При этом распространенность миомы матки в разных возрастных группах нашего исследования различна: в возрасте до 45 лет составила 22,9%, от 46 до 50 лет 33,4%, а старше 50 лет 43,7%.

Самой частой жалобой пациенток являлись маточные кровотечения (ОМК, АМК и межменструальные кровотечения), которые составили 42%. На втором месте - боль внизу живота (25,8%), а на третьем – увеличение размеров живота (12,9%). (рис.1)

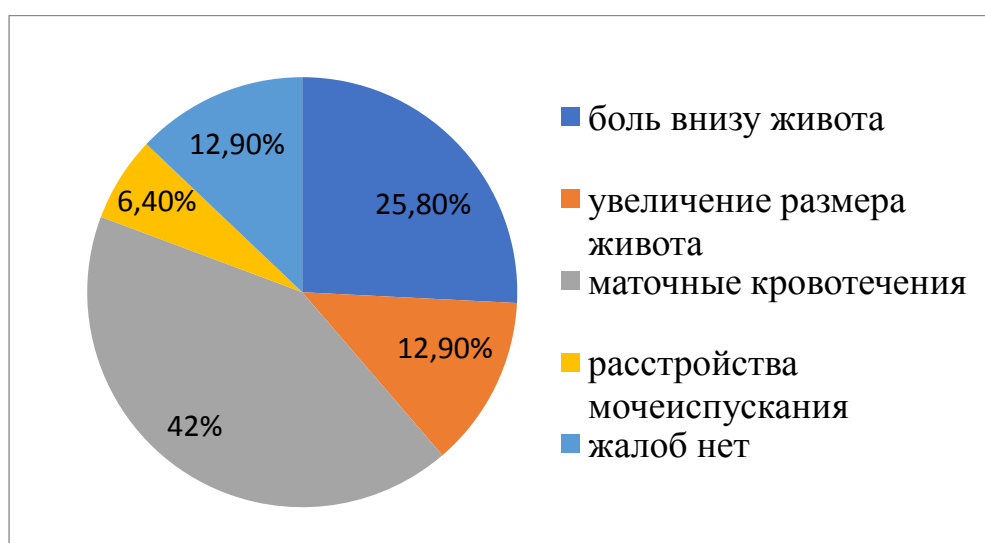


Рис. 1. Распространенность жалоб среди пациенток с миомой матки

В исследовании преобладала интерстициально - субсерозная (5,6 типы по FIGO) локализация миомы матки, которая составила 46% от всей выборки.

Субмукозная локализация (0-2 типы по FIGO) встречалось только в 14% случаев. [5] Множественная миома матки выявлялась у каждой 2 женщины. Причем в этой группе у 54% пациенток наблюдались признаки анемии.

У большинства женщин (48%) наблюдалось увеличение размеров матки до 6-11 недель беременности, а у 40% - более 12 недель.

В 68% гистерэктомий по поводу миомы матки был применен влагалищный доступ, в 18% - лапароскопический и в 14 % - лапаротомный доступ. (рис.2) Частота использования различных видов хирургических доступов при радикальном лечении миомы матки представлена на рисунке 2. При этом влагалищный доступ использовали в 57,6% для удаления маток средних размеров (6-11 недель беременности), лапароскопический – в 57% для малых размеров (до 5 недель беременности) и лапаротомный – в 86% для больших размеров (более 12 недель беременности).

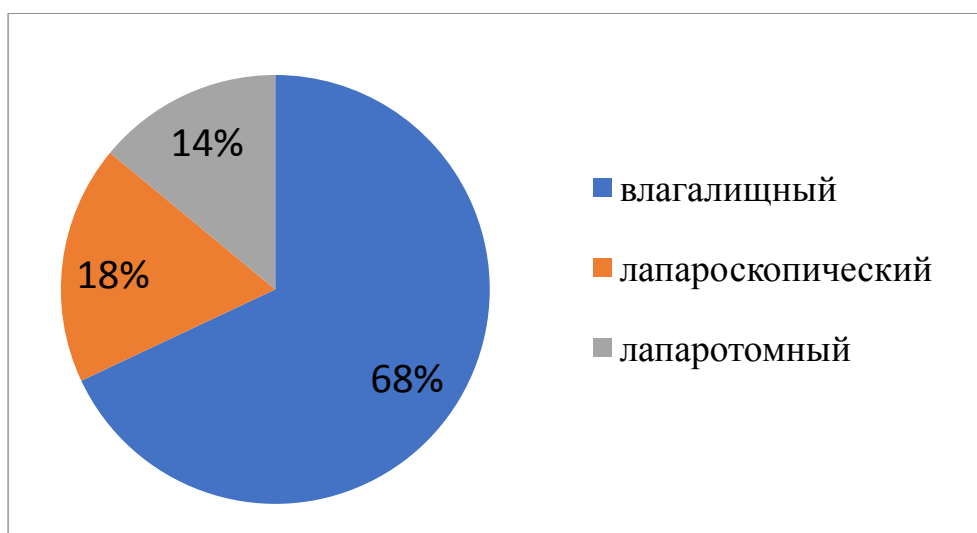


Рис. 2. Частота использования различных видов хирургических доступов при радикальном лечении миомы матки

При оценке течения интраоперационного и послеоперационного периодов установлено:

Длительность операции при использовании влагалищного доступа составила  $54,13793 \pm 17,529$  мин, при лапароскопическом –  $114,1667 \pm 23,54074$  мин, при лапаротомном –  $108,8889 \pm 54,75958$  мин. ( $p > 0,05$ )

Кровопотеря в ходе операции через влагалищный доступ составила  $222,4138 \pm 112,2706$  мл, через лапароскопический -  $91,66667 \pm 37,63863$ мл, через лапаротомный –  $266,6667 \pm 163,936$ мл. ( $p > 0,05$ )

Пациентки, которым была проведена гистерэктомия через влагалищный доступ, провели в больнице  $7,296296 \pm 2,090543$  койко-дней, те, которым операцию провели через лапароскопический доступ -  $6 \pm 0,632456$  койко-дней, и те, которым через лапаротомный доступ –  $8,857143 \pm 3,287784$  койко-дней. ( $p > 0,05$ )

В первый день послеоперационного периода женщины, которым была проведена операция через влагалищный и лапаротомный доступы, нуждались в

обезболивании опиоидным анальгетиком (трамадол внутримышечно). А пациентки после лапароскопической гистерэктомии обходились приемом нестероидного противовоспалительного препарата - кеторола внутримышечно или перорально.

В послеоперационном периоде всего у 1 женщины нашей выборки встретилось осложнение - послеоперационная гематома при использовании влагалищного доступа.

#### **Выводы:**

1. В нашем исследовании радикальному лечению миомы матки были больше подвержены женщины старше 50 лет. Каждая вторая женщина нашей выборки имела множественную миому матки. Самой частой жалобой пациенток с миомой матки являлись маточные кровотечения. В связи с этим у половины пациенток определялись признаки анемии 1-2 степени.

2. В подавляющем большинстве гистерэктомий по поводу миомы матки использовали влагалищный доступ, при котором чаще удалялись матки средних размеров. Лапароскопический доступ больше применяли для удаления маток малых размеров, а лапаротомный - для больших размеров.

3. В 86% случаев использовали малоинвазивные доступы, которые имели наилучшие показатели по длительности операции, по объему кровопотери и по длительности нахождения в стационаре. Наименьшая длительность операции наблюдалась при использовании влагалищного доступа. А минимальная кровопотеря и меньшее количество дней пребывания в стационаре определялись при применении лапароскопического доступа.

Пациентки в первый день после влагалищной и лапаротомной гистерэктомий нуждались в опиоидном обезболивающем препарате, а после лапароскопической обходились приемом НПВС.

Ранний послеоперационный период осложнился только у 1 пациентки развитием гематомы.

#### **Список литературы:**

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Киселев С.И. Клинические рекомендации. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. - Москва – 2015г. – С. 308-318.

2. Кулакова В.И., Савельева Г.М., Манухина И.Б. Гинекология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009г. – с. 441.

3. Пашков В.М., Давыдов А. И., Стрижаков А.Н. Доброкачественные заболевания матки. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. - 304 с.

4. Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Колода Ю.А. Миома матки. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 127 с.

5. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома матки: курс на органосохранение. Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. - С. 12.

**Ивасенко В.А., Филиппова Н.А.**  
**ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Южно-Уральский государственный медицинский университет  
Челябинск, Российская Федерация

**Ivasenko V.A., Filippova N.A.**  
**PLACENTA PRAEVIA: PERINATIVE RESULTS**

Departments of Obstetrics and Gynecology  
South Ural State Medical University  
Chelyabinsk, Russian Federation

Email: ivasenko\_victoria@mail.ru

**Аннотация.** Ретроспективно изучены истории родов 52 женщин с предлежанием плаценты. Выявлены наиболее значимые факторы риска рождения детей в состоянии асфиксии при предлежании плаценты, установлен критерий, усугубляющий прогноз для новорожденного.

**Annotation.** Histories of childbirth of 52 women with placenta praevia were studied retrospectively. The most significant risk factors of child's delivery in the state of asphyxia with placenta praevia were identified, and a criterion, exacerbating the prognosis for the newborn, was established.

**Ключевые слова:** предлежание плаценты, перинатальные исходы, факторы риска.

**Keywords:** placenta praevia, perinatal outcomes, risk factors.

**Введение**

Предлежание плаценты - одна из сложных проблем современного акушерства, так как является причиной неблагоприятных исходов беременностей и родов для матери и плода, вследствие невынашивания беременности и массивных маточных кровотечений.

Наиболее частыми причинами аномального расположения плаценты являются патологические изменения эндометрия вследствие воспаления, оперативных вмешательств (выскабливание, кесарево сечение, удаление миоматозных узлов и др.), многократных осложненных родов [1].

Осложнения, которые возникают во время беременности и родов характеризуются высоким процентом материнской и перинатальной летальности, например, по данным Г.М. Савельевой, 0,9% и 26% соответственно [2,3].

Предлежание плаценты опасно кровотечением, которое может возникнуть во второй половине беременности, вследствие формирования